

Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira¹

Territory and Community Mental Health Service: conceptions present in the discourses of the actors of the process of Brazilian psychiatric reform

Adriana Leão

Terapeuta Ocupacional. Doutora Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Educação Integrada em Saúde. Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo.

Endereço: Av. Marechal Campos, 1468, CEP 29040-090, Maruípe, Vitória, ES, Brasil.

E-mail: drileao@gmail.com

Sônia Barros

Enfermeira. Livre-docente. Professora Titular da Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP 05403-000, Bela Vista, São Paulo-SP, Brasil.

E-mail: sobarros@usp.br

¹ Esse artigo é parte da pesquisa de doutorado intitulada "O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território" financiada pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Resumo

Uma das proposições dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos de assistência à saúde mental de base comunitária e territorial, é a intervenção no contexto de vida dos usuários, buscando explorar os recursos existentes para a viabilização dos projetos terapêuticos, os quais devem possibilitar transformações concretas no cotidiano. Nesse contexto, foi desenvolvida a pesquisa que tem como referencial metodológico a teoria da vida cotidiana, proposta por Agnes Heller, e as categorias analíticas, território e reabilitação psicossocial. Trata-se de um estudo de caso com a finalidade de identificar e discutir as possibilidades das práticas territoriais na produção de mudanças no cotidiano dos usuários. Nesse artigo, buscamos discutir um dos objetivos delineados no estudo: compreender a representação que a equipe multiprofissional tem sobre "território" e "serviço de saúde mental de base territorial". O campo do estudo constituiu-se em um dos CAPS III da cidade de Campinas/SP e os colaboradores desta pesquisa foram os trabalhadores de saúde mental, os usuários e não usuários do serviço. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e sessões de grupo focal. Na análise dos dados, sob o enfoque da Análise do Discurso, obteve-se como resultado o reconhecimento de três categorias empíricas, dentre as quais o território. As ações no território é que dão significado para o cotidiano do serviço e nisso reside a importância

dessas intervenções, as quais diferenciam um hospital psiquiátrico de um serviço comunitário.

Palavras-chave: Serviços Comunitários de Saúde Mental; Mudança social; Prática de saúde pública-desinstitucionalização.

Abstract

One of the proposals of the territory- and community-based substitutive services in mental health assistance - the *Centros de Atenção Psicossocial* (CAPS - Psychosocial Care Centers) - is the intervention in the users' context, exploring existent resources to promote the feasibility of life projects, which in turn should enable concrete transformations in everyday life. The research was developed in this context and its methodological reference is the theory of everyday life proposed by Agnes Heller, and the analytical categories *territory* and *Psychosocial Rehabilitation*. It is a case study that intends to identify and discuss the possibilities of territorial practices in producing changes in the users' everyday life. In this article, one of the objectives outlined in the study is discussed: to comprehend the representation that the multiprofessional team has of "territory" and "territory-based mental health service". The field of the study was one of the CAPS III of the city of Campinas (State of São Paulo), and the collaborators of this research were the mental health professionals and the users and nonusers of the service. Data were collected by means of semi-structured interviews and focal group sessions. In the data analysis, under the perspective of Discourse Analysis, the result that was obtained was the recognition of three empirical categories, among them - territory. It is the actions in the territory that give meaning to the everyday life of the service, and in this resides the importance of these interventions, which differentiate a psychiatric hospital from a community service.

Keywords: Community Mental Health Services; Social Change; Public Health Practice; Deinstitutionalization.

Introdução

O paradigma psiquiátrico, alvo de críticas a partir dos movimentos pela reforma psiquiátrica, tem como campo de atuação o espaço delimitado pelo próprio serviço, seu objeto de trabalho é a doença e faz uso de métodos e técnicas baseados nos aspectos médico e biológico. O paradigma psicossocial faz oposição ao paradigma psiquiátrico ainda hegemônico, privilegia o indivíduo em suas condições sociais, utiliza formas de intervenção pautadas pelas necessidades do usuário e tem como objetivo a inclusão social.

No momento de transição paradigmática que vem ocorrendo no campo da saúde mental, entre o paradigma dominante e o paradigma emergente, há um consenso sobre a “importância do papel dos trabalhadores na produção e reprodução de novas práticas, novas estratégias de ação e novos discursos para lidar com a loucura” (Barros, 2004, p. 31).

Nesse sentido, consideramos que o trabalho no território é um pressuposto para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à saúde mental, visto que desloca as intervenções do espaço institucional para o cuidado do indivíduo na comunidade. Consequentemente, este fato dimensiona a construção de novas relações sociais entre todos os atores envolvidos, produzindo modificações nos contextos onde se faz presente ainda uma cultura de exclusão.

É importante também compreender que as condições de limitação, bloqueio ou negação da produção de sentidos, vivenciadas pelas pessoas, não são frutos da enfermidade mental, mas sim da ausência de respostas adequadas ao sofrimento psíquico enfrentado (Saraceno, 2011).

Podemos compreender a territorialidade como uma espécie de âncora ou ponto de referência cultural onde é possível a vivência com os outros em um determinado período de tempo (Vieira Filho e Nóbrega, 2004, p. 375). Nesse sentido, consideramos que a construção cotidiana de novas relações sociais ocorre nesse espaço, com o aprendizado da convivência com a diferença e isso, possivelmente, contribui para a diminuição dos preconceitos.

Apenas a mudança de tipo de serviço oferecido não garante a transformação da prática realizada

no campo da saúde mental. Assim, os desafios no processo da Reforma Psiquiátrica são apresentados, sobretudo, aos trabalhadores, os quais, no seu cotidiano institucional, têm a tarefa de expandir e consolidar as mudanças que concretizem uma rede de cuidados que tenha como base a compreensão de território e os princípios de integralidade e participação popular (Yasui e Costa-Rosa, 2008).

Por isso é que surgem as dificuldades na efetivação das ações no território por parte dos CAPS, em conformidade com as proposições e diretrizes políticas, pois a “saúde mental operada no território é uma práxis complexa, em oposição à simplificação que faz funcionar um manicômio” (Lancetti, 2006, p. 52).

Pesquisas realizadas na área de saúde mental em que a temática insere os CAPS como campo de estudo apontam para a precariedade das ações territoriais e, consequentemente, para a necessidade da aproximação do serviço à comunidade.

Pesquisa acerca das representações sociais dos profissionais sobre as práticas de inclusão social (Leão, 2006) constatou a predominância de ações intrainstitucionais, muitas vezes centradas em intervenções ambulatoriais, o que se constitui como um problema, tendo em vista a proposta desses serviços de intervirem no território.

A discussão em torno da construção de uma rede ampliada que avance as paredes do serviço é sempre conflituosa. Mesmo a concepção de atenção psicossocial estando presente nos discursos dos profissionais e havendo um consenso em relação aos objetivos do CAPS, contraditoriamente a articulação com o território não ocorre. Isso, bem como a efetiva substituição do modelo hospitalocêntrico, são os aspectos de maior fragilidade do serviço substitutivo (Bichaff, 2006).

Um aspecto interessante apontado em uma pesquisa avaliativa da estrutura dos CAPS refere-se à constatação de que ações externas, como aquelas desenvolvidas junto aos familiares, bem como reuniões de matriciamento e participação em fóruns de saúde mental, não foram consideradas, pelos colaboradores da pesquisa, como atividades pertencentes ao quadro dos CAPS pesquisados no município de São Paulo. Isso reflete uma preocupação dos serviços com as intervenções internas em detrimento

daquelas realizadas no território (Nascimento e Galvanesi, 2009).

Diante do exposto, observamos que a ausência ou pouca formação de redes sociais e a dificuldade do estabelecimento de um trabalho intersetorial constituem um dos problemas importantes para esses serviços. Dessa forma, as ações no território são insuficientes no cotidiano das instituições, as quais foram concebidas como serviços comunitários e territoriais, o que nos aponta uma contradição. E assim, a convivência dos paradigmas psiquiátrico e psicossocial está refletida nas práticas cotidianas do modelo de atenção à saúde mental.

O modelo de atenção psiquiátrico é a nossa herança do modo asilar, é o velho. O modelo de atenção psicossocial é o novo, que deve ser aos poucos concretizado, não apenas com a mudança de lugar de tratamento, mas com a efetivação de novas práticas nos serviços substitutivos que se orientam pelos preceitos da Reabilitação Psicossocial.

Nesse sentido, não existe um lugar onde tudo seja novo ou velho, cada situação é uma combinação de elementos com idades diferentes. A ação dos fatores de organização existentes nesse lugar, como a política, a economia, o social, o cultural, é que irá determinar a aceitação ou a rejeição do novo. Também depende da estrutura hegemônica da sociedade a aceitação ou a rejeição do novo, o qual pode causar rupturas que retiram a hegemonia das mãos de quem a detém. O novo e o velho são pares dialéticos que se chocam, criando uma nova realidade (Santos, 2008).

Na perspectiva do objeto deste estudo, as intervenções no território como uma prática cotidiana do serviço de saúde mental de base comunitária, entendemos que, por ser uma diretriz recente da Política de Saúde Mental, poucos estudos foram realizados para identificar essa prática. Baseado nisso, a finalidade da pesquisa é identificar e discutir as possibilidades das práticas territoriais na produção de mudanças no cotidiano dos usuários. Para tanto, foram delineados alguns objetivos para o estudo, dentre os quais: compreender a representação que a equipe multiprofissional tem sobre “território” e “serviço de saúde mental de base territorial”, apresentados neste artigo.

Metodologia

A metodologia qualitativa é indicada aos estudos no campo da Saúde que buscam uma compreensão da realidade social em que estão inseridos os indivíduos. Assim, sendo o mundo permeado por significados e símbolos e a intersubjetividade um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais, a pesquisa qualitativa pode ser entendida como a tentativa de obter profunda compreensão dos significados e definições das situações, como as pessoas nos apresentam (Minayo, 1998).

Consideramos que a abordagem qualitativa é a mais adequada para a compreensão do objeto desta pesquisa, o qual está intrinsecamente relacionado aos aspectos estruturais e históricos da realidade social em que se configura o cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Delineamos a pesquisa como um estudo de caso. Nessa modalidade de pesquisa, o caso em particular é estudado de forma ampla e aprofundado, sendo considerado representativo de um conjunto de outros casos, possibilitando a compreensão da generalidade ou ainda estabelecendo bases para investigações futuras, de forma sistemática e precisa (Gil, 2008).

Referencial Teórico Metodológico e Categorias Analíticas

Utilizamos como referenciais teóricos a Teoria da Vida Cotidiana proposta por Agnes Heller e Território, na perspectiva do geógrafo Milton Santos e Reabilitação Psicossocial, como categorias analíticas.

Heller faz uma análise filosófica e sociológica da vida cotidiana fundamentada na perspectiva da dialética marxista e afirma que o cotidiano representa um conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares. Toda sociedade e todo homem têm uma vida cotidiana, independente da sua ocupação na divisão social do trabalho. Portanto, a vida cotidiana é a vida do indivíduo, que já nasce inserido em uma cotidianidade e adquire com o seu amadurecimento todas as habilidades imprescindíveis para essa vivência junto à sociedade, ou seja, deve-se ter um mínimo de capacidades práticas para poder sobreviver (Heller, 1991).

As categorias analíticas norteadoras deste estudo são os conceitos de *Território* usado, na compreensão do geógrafo Milton Santos, e *Reabilitação Psicossocial*, na perspectiva dos estudos de Benedetto Saraceno. Estes são importantes referenciais analíticos em nossa investigação, pois apresentam aspectos que permitem problematizar as condições em que estão inseridas as pessoas, e essencialmente potencializar a discussão acerca das ações no território em saúde mental.

O espaço social que podemos denominar como território, é uma realidade relacional, composta, por um lado, pelos objetos naturais, geográficos, e, por outro, pela sociedade em movimento. A dinamicidade corresponde às inter-relações estabelecidas entre os indivíduos, mediadas pelos aspectos cultural, social, legislativo, político, econômico e social, produzindo transformações, as quais ocorrem através do cenário natural e da história social inscrita e refletida nos modos de viver e no que é percebido e compreendido acerca do lugar (Santos, 2007; 2008).

A Reabilitação Psicossocial é um processo composto por um conjunto de estratégias com a finalidade de aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos. Para tanto, são três os grandes cenários em que se deve aumentar a capacidade contratual das pessoas: a rede social, o habitar e o trabalho. Nessa perspectiva, compreende-se que a rede social é o lugar das trocas sociais, o habitat é mais do que simplesmente morar, compreendido como o estar em uma casa, é se apropriar dos espaços em que se habita, e o trabalho é o espaço de produção de sentidos e de valores subjetivos de troca (Saraceno, 1999; 2001).

Dado que a Reabilitação Psicossocial se dá em essência por meio de práticas territoriais, apostamos na importância do uso cada vez mais frequente do território por parte do serviço de saúde mental comunitário, com o objetivo de transformação consciente do cotidiano, o qual “será, um dia ou outro, escola para a desalienação” (Santos, 2007, p. 71), ou seja, o cotidiano é o lugar das pequenas revoluções, das transformações que induzem a processos de apropriação, de condução da vida, traduzidas em autonomia, liberdade de escolha, flexibilidade nos padrões de pensamentos, sentimentos e ações.

Campo de Estudo, População e Procedimentos Éticos

O CAPS, como um serviço de atenção psicossocial de base comunitária, foi eleito como campo para a coleta de dados desta pesquisa e assim utilizamos um dos CAPS de Campinas-SP.

A população deste estudo foi composta pelo articulador de saúde mental do município de Campinas e o coordenador do CAPS, na condição de informantes, e como colaboradores da pesquisa os trabalhadores, os usuários e os não usuários do serviço.

Os princípios éticos fundamentais adotados na abordagem aos colaboradores, na coleta e tratamento dos dados, tiveram por base a Resolução nº 196 de 10/10/1996, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

Anteriormente ao trabalho de campo, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP) e foi aprovado por meio do processo número 746/2008-CEP-EEUSP. Solicitamos também a Autorização Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e obtivemos o parecer favorável.

Para a participação e registro do áudio por meio de gravação sonora, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que após a leitura foi assinado em duas vias, sendo uma entregue ao participante e outra permanecendo em posse da pesquisadora. Foi mantido o anonimato dos colaboradores no registro dos dados e também na análise posterior.

Instrumentos de Coleta e Análise de Dados

Utilizamos três formas de coleta de dados nesta pesquisa: a entrevista, baseada em roteiros semiestruturados, o grupo focal e a observação simples. Fizemos uso de roteiros semiestruturados, que combinam perguntas abertas e fechadas e são caracterizados pela possibilidade do entrevistado discorrer acerca do tema de forma flexibilizada e direcionada pelo pesquisador.

No total, foram realizadas dezenove entrevistas,

sendo duas com os informantes iniciais: articulador de saúde mental e coordenador do CAPS, doze com usuários e cinco com não usuários. Para os trabalhadores do CAPS, propusemos a realização de duas sessões de grupo focal. O grupo focal tem como objetivo obter dados por meio de discussões cuidadosamente planejadas, nas quais os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre um determinado tema em comum, que faça parte da vida dos mesmos. O uso do grupo focal é apropriado quando o objetivo do investigador é analisar de que forma as pessoas avaliam uma determinada experiência, ideia ou evento, como definem um problema e de que forma suas opiniões, sentimentos e significados relacionam-se com determinados fenômenos (Westphal e col., 1996).

Nesse sentido, justificamos a utilização dos grupos focais para a coleta dos dados buscando captar os sentidos atribuídos ao desenvolvimento de ações no cotidiano institucional com foco no território e explorar a capacidade crítica dos sujeitos envolvidos nessas mesmas ações.

Com o objetivo de manter o anonimato dos colaboradores da pesquisa, utilizamos a seguinte codificação: as falas temáticas estão identificadas por letras, sendo que a letra T refere-se aos trabalhadores do CAPS e estão identificadas como 1T para a primeira sessão de grupo focal e 2T para a segunda sessão, seguidas de números de 1 a 5 correspondentes às falas de participantes diferentes, por exemplo, 1T⁴ – primeiro grupo focal, participante identificado pelo número quatro.

Para a análise dos dados de entrevistas e do grupo focal, elegemos a técnica da Análise do Discurso, conforme a proposta de Fiorin (2005, 2006), abordagem que compreende o discurso como a materialização das formações ideológicas e representante das visões de mundo de um dado grupo social. Utilizamos a Análise do Discurso numa perspectiva de “proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas” (Minayo, 1998, p. 212).

Resultados e Discussão

A análise dos discursos dos trabalhadores de saúde mental permitiu a apreensão de temas que confor-

maram a categoria empírica Território. Os temas centrais emergentes dessa categoria discutidos neste artigo são as concepções de território para o campo da saúde mental e o CAPS no território.

De origem latina, o termo deriva de *territorium*, junção dos termos “terri”, que significa “terra”, e “torium”, que significa “pertence a”, ou seja, “terra pertencente a”. Outra acepção da palavra é “terreo-territor”, jargão de contextos políticos, significa que há alguém que aterroriza para dominar e há quem é aterrorizado pela dominação de um determinado espaço. Mesmo não sendo consideradas totalmente confiáveis, essas origens do termo perpassam os conceitos de território que se fazem presentes no senso comum ou na ciência. As definições para território são polissêmicas, divergem de acordo com a orientação teórica dos autores e da área de conhecimento, como a Geografia, a Biologia, a Antropologia ou a Ciência Política. No contexto da saúde pública brasileira, o termo território passou a ser utilizado inicialmente com o processo da Reforma Sanitária, na implantação do SUS e acentuadamente como pressuposto básico do trabalho da ESF (Pereira e Barcellos, 2006).

No campo da saúde mental, na década de 1990, o termo território foi acentuadamente difundido com a experiência dos NAPS de Santos e consolidado com a expansão dos CAPS, sobretudo a partir de 2002. Desse modo, a produção bibliográfica, em torno de estudos sobre a concepção de território ou das práticas no território por parte dos trabalhadores de saúde mental, ainda é pouca e recente. Nesse sentido, buscamos inicialmente compreender quais conceitos de território permeiam o discurso dos trabalhadores, no contexto do serviço de saúde mental territorial.

O tema território, segundo os discursos, era presente na ocasião da coleta de dados, nas discussões entre a equipe como um todo em torno da questão de organização do serviço. Foi possível reconhecer nos discursos as concepções de território: território como espaço que potencializa ações de cuidado, território como espaço de relações e o território em que estão inseridos o serviço e seus usuários.

O território como possibilidade de cuidado refere-se à compreensão de território como um potencializador de ações de cuidado à pessoa com transtorno mental:

1T⁴: Ai eu penso que o território é isso assim, é a possibilidade dos cuidados que a gente, que vai oferecer assim, eu vejo como uma grande possibilidade, né? É que aí o tratamento não está só dentro do CAPS.

1T⁵: Eu acho que ele [território] é estratégico enquanto efetividade de ações pertinentes à vida das pessoas...

O território é compreendido como uma possibilidade de cuidado na medida em que permite uma prática terapêutica orientada para a criação de estratégias voltadas para a convivência e o estabelecimento de redes de afetos e de sociabilidades.

O território é efetivo porque é onde estão os recursos. Os recursos são, sobretudo, as pessoas, os trabalhadores, os familiares e a comunidade que também comporta os recursos materiais (Saraceno, 1999). Além disso, a possibilidade de estar no ambiente de vida do indivíduo proporciona a compreensão de sua existência social, concreta e complexa, e permite estimulá-lo como sujeito ativo, dentro e fora do serviço (Quintas, 2007). Assim, a noção presente de território nos discursos é a de um espaço potencializador das intervenções dos trabalhadores.

Outra noção presente nos discursos refere-se ao território como um espaço infinito, no sentido de não ter uma dimensão geográfica, onde se efetivam as relações sociais:

1T⁵: Aonde quando você sai de uma unidade de saúde e você vai na unidade de relação das pessoas, que eu chamo de território isso, o espaço da relação das pessoas e esse espaço de relações perpassa a casa, a rua, o beco, a esquina, a escola, o bar, botequim... [...] Os amigos, a... o ponto de drogas.

1T⁵: Então o território eu acho que ele é infinito na medida em que as pessoas se relacionam, né assim, cotidianamente com ele...

Observamos que a compreensão de território, presente nas frases temáticas descritas, vai além da dimensão de área de abrangência, sendo concordante com o que observamos na literatura sobre território no campo da saúde mental.

Conceituar o território como o lugar de vida, das relações sociais e dos recursos disponíveis permite o deslocamento de uma das questões importantes que se refere ao cuidado, o qual deixa de ser focado

na doença e passa a ser orientado também para o “sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir da sua relação com o social” (Leal e Delgado, 2007, p. 144).

Ainda quanto ao viés da relação social presente na concepção de território, foi apontada nos discursos uma diferença acerca do modo como essas relações se dão, conforme a situação socioeconômica e territorial em que estão inseridas as pessoas. As frases temáticas divergem entre si, pois, comparando os bairros periféricos aos bairros mais centrais da cidade, por um lado, é considerada a perda das relações sociais em função da condição de moradia, e, por outro lado, há a defesa de que a existência da diferença nos tipos de habitação não implica na inexistência da convivência:

1T³: Acho que as grandes cidades perderam um pouco isso, a partir do momento em que você mora num apartamento, mora num bairro sei lá, mais central principalmente, você perde um pouco a relação com a vizinhança, com o teu bairro e tal.

1T⁵: É no território que as pessoas convivem, onde elas estabelecem as relações, elas convivem nesse território, então assim, se convive num apartamento, é o tipo de convivência que talvez ela não dê tanta visibilidade...

1T⁵: Num território residencial, assim periférico, tem outras formas de conviver e outros recursos...

De fato, a literatura aponta uma diferença de comunicação entre as pessoas, baseada nas condições socioeconômicas.

O conteúdo comunicacional entre as pessoas localizadas em guetos urbanos, ao ser comparado com outras regiões da cidade, é maior devido à percepção das situações pessoais ou dos grupos e também em consequência da afinidade econômica e cultural entre as pessoas. Desse modo, os “homens lentos”, pois desprovidos de velocidade, são os mais pobres, que ficam à margem da aceleração do mundo contemporâneo, porém são os que mais podem ver o mundo, apreender a cidade, ao contrário dos “homens velozes” que têm a mobilidade para percorrê-la e esquadrihá-la e acabam por ver pouco (Santos, 2009).

A particularidade dos modos de relações entre as pessoas, de acordo com a disposição territorial, foi

pontuada nos discursos, o que pode ser um fator de influência na produção das ações no território por parte dos trabalhadores de saúde mental ou compor a concepção do trabalho territorial.

As frases temáticas apontam ainda para a caracterização do território em que estão inseridos o serviço e seus usuários como uma região de acentuada condição de pobreza da cidade de Campinas:

1T³: Agora nós estamos numa região da cidade, nas periferias em que isso é um pouco diferente, existe uma relação com o bairro, você sabe quais são os candidatos a vereador do bairro, você tem isso, ou seja, você vai pro centro você não tem muito claro isso.

1T³: Eu acho que, se a gente comparar de fato com a inserção dos outros CAPS na cidade, não, vamos fazer essa comparação que é mais simples aqui em Campinas, do local onde os outros CAPS estão inseridos nós estamos sem sombra de dúvidas numa região que é cem por cento dependente do SUS...

O destino dos pobres é morar na periferia das grandes cidades (Santos, 2007) e assim, ao olhar para o lugar onde as pessoas vivem, é possível identificar o lado perverso e excludente da globalização “em especial quando os lugares ficam nas áreas pobres do mundo” (Ribeiro, 2002).

A condição concreta das pessoas em situação de precariedade social, sobretudo daquelas localizadas nas áreas periféricas da cidade, é muitas vezes a de privação, que pode ser traduzida em condições de existência marcadas por dificuldades materiais, afetivas, emocionais e de relações (Figueiredo, 2006).

É possível, então, estabelecer uma relação entre o território, a condição socioeconômica e os transtornos mentais. A relação entre a condição de pobreza e os transtornos mentais é complexa e multidimensional. As condições associadas à pobreza e à fragilidade dos vínculos societários, como o desemprego, a privação, o desabrigo, o baixo nível de instrução, contribuem para a manifestação dos transtornos mentais, estabelecendo uma relação que pode ser visualizada por meio de dois prismas. O primeiro refere-se ao *mecanismo causal*, ou seja, à maior suscetibilidade das pessoas pobres. O segundo refere-se à *teoria do empobrecimento*, conforme a qual, devido à desvinculação do mercado de trabalho,

é agravada ainda mais a condição de pobreza. Tal situação também afeta uma minoria considerável nos países mais desenvolvidos (OMS, 2002).

Na realização da observação de uma das atividades de intervenção no território, em que foi possível conhecer uma parte da região de abrangência do serviço, constatou-se uma relação entre a condição social e a presença em algumas residências de mais de um familiar em tratamento no CAPS.

Os riscos genéticos fazem parte do complexo de fatores que envolvem o desenvolvimento do transtorno mental. Mas, por si só, não é relevante, não determina o adoecimento e não significa a causa, pois a condição social é tão importante quanto os fatores biológicos. Desse modo, a qualidade do ambiente social em que uma pessoa vive pode estar relacionada ao risco que ela apresenta de sofrer de uma doença mental, ser ainda um desencadeador da mesma e uma das probabilidades de cronificação do quadro. Os efeitos causados pelo impacto cumulativo da pobreza são continuados sobre o funcionamento físico, cognitivo, psicológico e social dos indivíduos (Thornicroft e Tansella, 2010).

É esse o cenário onde está presente o serviço: um território compreendido como possibilidades de cuidado para além dos limites da instituição e um espaço de relações imensurável, noções coerentes com o que está referenciado na literatura. E, ainda, compreendem que o território em que atuam é singularmente marcado pelas desigualdades sociais e com uma população-alvo vitimada não somente pelo transtorno mental, mas, sobretudo, pela condição de pobreza.

O outro tema tratado nesta categoria refere-se as concepções acerca do CAPS no território.

O cotidiano é o lócus da prática, onde são aplicados de forma continuada e repetitiva os determinados campos de conhecimento acumulados, os quais necessitaram de inventividade e reflexão em sua origem e difusão e, posteriormente, atualizaram-se em repetições automatizadas (Mesquita, 1995). Nesse sentido, inferimos a possibilidade de que as ações territoriais se tornem habituais nos CAPS, pois são elas que fornecem o sentido para o trabalho cotidiano do serviço.

É nessa direção que os discursos apontam a importância das ações que são desenvolvidas no

território para o cotidiano do serviço:

1T¹: [importância das intervenções territoriais] Faz parte do dia a dia.

1T³: O cotidiano da relação com o território tá muito dado o tempo todo assim, é muito forte, é muito importante.

1T⁵: Acho que não dá pra pensar CAPS sem pensar ações estratégicas.

Pode ser compreendido por meio das frases temáticas que o projeto institucional contempla como uma de suas diretrizes o trabalho no território:

1T³: Hoje a gente não consegue ter um outro desenho se não a relação com o território...

1T⁷: Já faz parte do projeto, você tem que ir, se você não trabalhar no território você não consegue...

1T³: Não tem como não trabalhar dessa maneira.

Os discursos indicam o funcionamento do serviço, pautado pela relação com o território, como o significado atribuído para as ações no cotidiano de trabalho do CAPS. Este é um contraponto que encontramos na literatura, as poucas ou incipientes inserções que os serviços apresentam no território (Sales e Dimenstein, 2009; Dimenstein e col., 2009) são compreendidas como atividades extras, que não são parte do trabalho desenvolvido cotidianamente (Nascimento e Galvanese, 2009).

Desse modo, as frases indicam que, se o trabalho não for realizado com este direcionamento, não se exerce o papel de um serviço territorial e sim de um hospital psiquiátrico, como pode ser constatado abaixo:

1T⁵: Eu entendo que estar no território é um grande recurso, sem ele eu acho que perde o sentido, porque se não você está... volta pro hospital, um único espaço, um único lugar, sem troca nenhuma...

1T¹: Porque se você não trabalhar com território, não fizer isso, você vai trabalhar que nem os hospitais psiquiátricos, fica idêntico, porque você fica só fechado aqui dentro, né? Quando você abre pro território é diferente porque, se você só fica fechado, passa a ser hospital.

1T⁵: Então acho que um serviço, uma unidade de saúde que acaba não atuando nesse espaço, nessa multiplicidade de relações, ele acaba pecando por-

que de novo você acaba lidando com o sofrimento do louco lidando apenas sobre ele como se o todo, as relações que estão estabelecidas não influenciassem, não interferissem, não compusessem condutas, comportamento, situações, vivências, enfim...

A compreensão expressa nos discursos é a de que as ações no território são o divisor, a diferença fundamental entre o CAPS e o hospital psiquiátrico. Por esse ângulo, não basta a existência do serviço territorial se o mesmo não promove intervenções nos espaços de vida das pessoas, pois é ali que o sofrimento está implicado.

Diferentemente da crença de que o isolamento, o afastamento de relações sociais, da pessoa com transtorno mental contribui para a sua recuperação, o que é herança do Tratamento Moral instituído por Pinel no século XVIII – o qual implica numa concepção de doença voltada exclusivamente para as condições mentais, orgânicas, refletidas no comportamento do indivíduo, observa-se uma leitura atual da dinâmica psicopatológica que se associa com a compreensão da importância do território para as ações do CAPS.

Como consequência da compreensão de uma psicopatologia como identificação e centralidade dos sintomas, as alterações psíquicas são valorizadas em detrimento da inclusão desse indivíduo no mundo e, assim, separam-se ações de tratamento e de reabilitação. Contrariamente a essa concepção, os discursos apresentam uma compreensão acerca do processo de saúde e doença mental baseada em uma psicopatologia que busca aproximar ações de reabilitação às experiências vividas pelas pessoas, compreendendo a disfunção social não como um sintoma do transtorno mental, mas sim uma consequência do adoecimento (Leal, 2007).

Um dos aspectos que caracteriza o processo de desinstitucionalização e, portanto, de mudança de modelo de atenção, é a orientação do trabalho terapêutico para o enriquecimento da existência global, complexa e concreta das pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, impõe-se a passagem do manicômio como o lugar zero dos intercâmbios sociais para onde é possível haver a multiplicidade extrema das relações sociais, ou seja, no território (Rotelli e col., 2001).

A presença da instituição psiquiátrica hospitalar

na rede de atenção à saúde mental, não mais com o status dos antigos manicômios, ainda que formatada por propostas de transformação e modernização, mantém como essência o fato de ser “lugar zero das trocas sociais”.

Dessa forma, está implícito nas falas que a mudança de modelo de atenção se processa e é representada pelas ações do serviço em seu entorno, mais do que em seu interior. Ou ainda, conforme apontado, o sentido do trabalho cotidiano do CAPS é dado pelas ações no território, o que o diferencia de um hospital psiquiátrico e permite uma outra compreensão da pessoa portadora de transtorno mental.

O CAPS é por definição um serviço aberto, de base comunitária e territorial, articulador estratégico da rede de atenção à saúde mental. Baseado numa aceção de território para além de área geográfica tem como função ser um substitutivo às internações nos hospitais psiquiátricos ao prestar atendimento clínico diário, promover a inclusão social das pessoas acometidas por transtornos mentais, dar suporte à rede básica nas ações em saúde mental, entre outras atribuições (Brasil, 2004).

Para atuar segundo essas premissas, os trabalhadores do CAPS necessitam conhecer o território no qual está localizado o serviço. Por isso, buscando inserir-se nesse espaço, o conhecimento ultrapassa a perspectiva geográfica, pois “não bastam os mapas e as estatísticas: o território só adquire verdadeira realidade aos olhos dos trabalhadores de saúde quando transitam por ele” e, assim, entram em contato com a sua configuração compreendida pelas ruas, pelo cotidiano, o que torna possível visualizar as potencialidades de uma dada região (Minas Gerais, 2006, p. 42).

Nessa direção, as frases indicaram a importância de conhecer o território em que estão inseridos, os seus recursos e os espaços por onde as pessoas circulam:

1T²: É, pela política do Ministério aí, dos Programas de Saúde da Família, é em cima do território, é conhecer a população, é conhecer os serviços que tem naquele território, né? Não só serviço de saúde, mas serviços que tem naquele local, área de lazer...

1T³: Acho que a ideia de pensar o território deveria ser essa, a partir desse princípio, que é conhecer profundamente o território em que você está inserido

pra poder dar conta dessa... disso que os pacientes estão vivendo.

Conhecer o território significa saber utilizar os seus recursos a fim de fornecer respostas mais adequadas e individualizadas aos usuários.

Isso significa dizer “raciocinar com os pés”, ou seja, é com os pés que se pode conhecer de fato o contexto e o cotidiano das pessoas, atravessando em comprimento e largura a comunidade, fora da instituição e dentro do “laboratório da vida”. Somente por meio desse raciocínio é que se pode compreender como se criam e se produzem as relações, os sofrimentos e a saúde, pois o território são as pessoas, as histórias dos homens e não um espaço físico (Venturini, 2010).

O mapeamento dos recursos do território pode ser uma estratégia importante para o serviço. No sentido da localização geográfica, busca-se identificar as instituições comunitárias, as igrejas, as escolas e seus projetos, as associações governamentais e não governamentais, os projetos direcionados para a terceira idade, instituições voltadas para a realização de projetos culturais, espaços de lazer e de atividades esportivas, associações de bairro, grupos de autoajuda, enfim, cenários que possam ser utilizados conjugando as necessidades dos usuários ao que está disponível no seu contexto.

É expresso nos discursos que o serviço, ao ampliar as possibilidades de relações no território, busca também fazer com que a comunidade se aproprie de recursos comunitários. Como consequência, a comunidade toma o CAPS como uma dessas possibilidades, havendo uma permeabilidade:

1T⁴: E tem a mão contrária também porque o CAPS passa também a ser conhecido e passa a ser uma possibilidade também pra comunidade.

Observa-se coerência em relação ao que se espera de um serviço de saúde mental, que nada mais é do que um conjunto de lugares que se comunicam e de recursos intercambiáveis, os quais estão à disposição dos usuários em um determinado lugar. O serviço de qualidade é aquele que permite uma alta integração entre o que está dentro e o que está fora, há uma permeabilidade dinâmica e prevalente dos saberes e dos recursos, “direcionada às necessidades dos usuários e não às do serviço” (Saraceno, 1999, p. 97).

Conforme analisamos nas frases temáticas, inicialmente os deveres do CAPS, no que tange ao território, são conhecer os recursos presentes e possibilitar a apropriação dos mesmos por parte da comunidade, ou seja, estar integrado ao território de modo a permitir a permeabilidade interna e externa. São tarefas que vão ao encontro de premissas da Reabilitação Psicossocial.

Na concepção marxista, necessidade significa aquilo que precisa ser satisfeito em função da continuidade da vida e a satisfação das necessidades encontra-se em potência no produto de um processo de trabalho. Pelo fato de a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho serem desiguais, as necessidades não são naturais ou iguais (Campos e Mishima, 2005).

As necessidades de saúde estão situadas no nível das necessidades sociais mais gerais, as quais, apesar de serem determinadas histórica e socialmente, são apreendidas em sua dimensão individual e revelam a relação dialética entre o individual e o social (Silva e col., 2003).

No campo da saúde, o conceito de necessidades se configura como objeto dos processos de trabalho na área. O atendimento às necessidades de saúde implica em compreender que o objeto do processo de trabalho são as necessidades dos indivíduos de diversas classes sociais, situados em um determinado território e é preciso que as políticas públicas estejam na direção dos direitos dos usuários de serviços de saúde. Em outras palavras: as respostas às necessidades de saúde estão localizadas nas raízes dos determinantes do processo saúde-doença. Para isso, os processos de trabalho dos serviços de saúde devem estar direcionados na perspectiva intersetorial (Campos e Bataiero, 2007).

Necessidade e demanda são categorias diferentes. As demandas sociais por saúde representam determinadas carências, compartilhadas e influenciadas pelos valores de grupo. Já as necessidades de saúde expressam as carências dos indivíduos e simultaneamente também da coletividade (Silva e col., 2003). Assim, as demandas de saúde não significam as necessidades das pessoas, porém as expressam.

Com a portaria 336/2002, os CAPS passaram a ser responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados da saúde mental no âmbito de seu

território (Brasil, 2004).

Desse modo, como organizador e gerenciador, o serviço territorial deve garantir o acesso e a continuidade no atendimento, orientando suas ações pelas demandas dos usuários. Diferentemente da lógica de demanda espontânea e capacidade, a cobertura assistencial e a referência domiciliar são noções indispensáveis para tornar o serviço territorial como referência para a população.

Constatamos que, nos discursos, as demandas e as necessidades das pessoas no território são premissas para a proposição das ações:

2T⁵: Ele tem que tá no território até pra saber as necessidades dele...

2T⁵: Na verdade é você conhecer as necessidades das pessoas, as demandas que essas pessoas apresentam, acho que estar no território é justamente isso...

1T⁵: A demanda está aí, na verdade acho que é olhar pra demanda, pra necessidade e a gente construir as ações...

Para conhecer as necessidades, é preciso ultrapassar os muros do CAPS e ir ao encontro do que é real na vida das pessoas, ao contrário de permanecer ensimesmado no serviço, pois é principalmente fora da instituição que se delinea o cotidiano dos usuários, composto por suas relações, pelos espaços por onde circulam, por seus afazeres e várias outras coisas. É ali que as respostas às necessidades devem ser contempladas.

Do mesmo modo, as frases temáticas sinalizam a importância da aproximação da realidade do usuário, visto que a escuta no território permite o aumento da potencialidade das práticas em saúde mental:

1T⁵: Quando a gente pega e começa a olhar pro território, conhece nossos usuários efetivamente aonde que eles circulam, aonde eles convivem, as relações que eles estabelecem, aí fica muito claro que ações que a gente precisa estar fazendo, ou que parceiro a gente precisa ir buscar e aí parceiros podem ser institucionais ou não, moradores ou não, podem ser os governamentais ou não, pode ser o comércio...

1T⁵: Quando você sai, você conhece ele [o usuário], você sabe quais são os desejos, aquilo que ele gosta, então você tem uma linha de cuidados di-

ferentes, você vai trabalhar em cima daquilo que ele gosta...

1T^a: Não é impressionante como a nossa relação com eles e como a gente passa a pensar diferente até no projeto terapêutico quando você sai com eles do CAPS... [...] muda completamente assim...

Os dois fatores observados nos discursos – a singularidade das necessidades e a importância dos desejos dos usuários – são importantes facilitadores para a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS, anteriormente denominado de Projeto Terapêutico Individual (PTI), é uma ferramenta fundamental para o trabalho em saúde. Consiste em um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para uma pessoa, ou para sua família, que resulta de uma discussão de equipe multidisciplinar e busca um atendimento de forma integral. É negociada com o usuário a definição de metas e de responsabilidades, sendo um processo reavaliado continuamente para proceder às mudanças necessárias. Alguns dos aspectos importantes para proposição de um PTS são: compreender o sentido da doença para aquele usuário, conhecer as singularidades do sujeito, sua dinâmica e características, suas potencialidades e os seus desejos e projetos (Brasil, 2007).

No entanto, desejo difere de necessidade. As necessidades são situadas, por um lado, entre os desejos e, por outro, entre as carências. Desejos são compreendidos num âmbito individual, podendo ser inconscientes e não serem totalmente verbalizados. Por sua vez, carências são abstrações, trata-se de algo “típico” quando se fala de carências ou necessidades sociopolíticas. Os desejos expressam nossa relação psicológico-emocional e subjetiva com as necessidades, e as carências representam um tipo de necessidade que a sociedade atribui aos indivíduos. Trata-se então de três aspectos do sistema de necessidades: as necessidades propriamente ditas, os desejos como uma relação subjetivo-psicológica com as necessidades e as carências, a relação social atributiva com as necessidades (Heller, 1992 *apud* Granjo, 2000, p. 99).

Necessidades, desejos e demandas dos usuários, nas falas temáticas analisadas criticamente, não apresentam diferenciação, sendo aspectos considerados sinônimos, quando à luz da literatura não o são.

Considerações Finais

O uso do território pelos serviços de saúde mental de base comunitária é pré-condição para o desenvolvimento de ações quando a finalidade das mesmas seja estimular os processos de inclusão social e de exercício da cidadania.

As nuances do território, expressas nas diferentes formas de convivência, mediadas por forças econômicas e sociais que caracterizam a condição social desfavorável da população atendida, também figuram nos dizeres dos trabalhadores. Essa concepção é coerente com o que é trazido por Santos (2007), pois um lugar é transformado em território mediante a identidade, as relações de poder, as inter-relações intermediadas pelos aspectos cultural, econômico, social, legislativo, político, etc.

Na análise crítica dos discursos desses atores do processo da Reforma Psiquiátrica, as ações no território é que dão significado para o cotidiano do serviço e nisso reside a importância dessas intervenções, as quais diferenciam um hospital psiquiátrico de um serviço comunitário, e permitem um outro olhar para a pessoa em condição de grave adoecimento psíquico.

Para tanto, é preciso conhecer o contexto em que o serviço se encontra, ou seja, os recursos e as necessidades da população nesse território. O território em que se situam o serviço e a população atendida é um espaço marcado por intensas vulnerabilidades sociais.

Nesse sentido, necessidades, demandas e desejos são tomados nos discursos como conceitos sinônimos quando, de acordo com a literatura, não são. Por outro lado, é expresso nas falas que as necessidades de reprodução social encontram guarida no campo da saúde, especificamente no serviço de saúde mental, o que permite uma maior permeabilidade entre o serviço e o território, facilitando, de acordo com os discursos, a entrada nos contextos de vida das pessoas.

O serviço comunitário ao focar a sua atenção em ações exclusivamente centradas na medicação ou em atividades intramuros, que não se relacionam com o exterior, inevitavelmente reproduz a lógica do modo asilar. Não é a mera presença do serviço como mais uma instituição no território que produzirá a desinstitucionalização das práticas envolvidas por

uma cultura manicomial, mas sim, são as ações nos contextos de vida, com todas as problemáticas e possibilidades, que constroem a realidade cotidiana dos indivíduos e que se constituem em instrumentos capazes de impulsionar a construção de um processo territorial em que os valores estabelecidos passam a ser questionados e transformados.

Referências

BARROS, S. *Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores*. 2004. Tese (Livre docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BICHAFF, R. *O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf>. Acesso em: 14 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Manual%20CapsFinal.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 27 out. 2009.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 260-268, 2005.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIORIN, J. L. *Linguagem e ideologia*. 8. ed. São Paulo: Ática, 2005.

FIORIN J. L. *Elementos de análise do discurso*. 14. ed. São Paulo: Contexto, 2006.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANJO, M. H. B. *Agnes Heller: filosofia, moral e educação*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

HELLER, A. *Sociología de la vida cotidiana*. 3. ed. Barcelona: Península, 1991.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 137-154.

LEÃO, A. *As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- MESQUITA, Z. Cotidiano ou quotidiano? In: MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C. R.; (Org.). *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Santa Cruz do Sul: UNISC, 1995. p. 12-26.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em saúde mental*. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2010.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.
- NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, p. 8-15, 2009. Suplemento 1.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva, 2002.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.
- QUINTAS, R. M. *A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva*. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- RIBEIRO, W. C. Globalização e geografia em Milton Santos. *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Barcelona, v. 6, n. 124, set. 2002. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-124h.htm>>. Acesso em: 6 set. 2010.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.
- SALES, A. L. L. F.; DIMENSTEIN, M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 29, n. 4, p. 812-827, 2009.
- SANTOS, M. *O espaço do cidadão*. 7. ed. São Paulo: EdUSP, 2007.
- SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia*. 6. ed. São Paulo: EdUSP, 2008.
- SANTOS, M. O lugar e o cotidiano. In: _____. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: EdUSP, 2009. p. 313-330.
- SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática a espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 150-154.
- SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.
- THORNICROTF, G.; TANSELLA, M. *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole, 2010.
- VENTURINI, E. *O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 2º Encontro Nacional de los Residenciales Terapéuticos y del Programa de Volta Para Casa. Porto Alegre. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhodoscantos.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2010.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/261/26190220.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2006.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, DC, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-80, 2008.

Recebido em: 15/11/2010

Reapresentado em: 28/05/2011

Aprovado em: 17/06/2011